Les céphalées aux urgences : démarche diagnostique .

- Les céphalées : motif de consultation le plus fréquent.
- En occident : prévalence de l'ordre de 90%.
- En majorité il s'agit de céphalées primaires, cependant 1 à 4% sont des céphalées secondaires dont certaines peuvent engager le pronostic vital.
- La difficulté, dans un service d'urgences : différencier les céphalées primaires des céphalées secondaires bénignes et des céphalées liées à une affection grave.
- Le diagnostic :un interrogatoire minutieux qui précisera deux paramètres majeurs : le mode d'installation et l'évolution ultérieure.

Classification des céphalées

Elle a pur but de distinguer les céphalées primaires des céphalées secondaires *Classification internationale des céphalées, 2° édition (d'après l'international Headache Society, 2004)*

- **Céphalées primaires**

1. Migraine
2. Céphalées de tension
3. Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigémino-autosomiques
4. Autres céphalées primaires

- **Céphalées secondaires**

5. Traumatisme crânien ou cervical
6. Affection vasculaire crânienne et /ou cervicale
7. Affection intracrânienne non vasculaire
8. Prise ou retrait d'une substance
9. Infection
10. Anomalie de l'homéostasie
11. Anomalie du crâne,du cou,des yeux,des oreilles,du nez,des sinus,des dents,de la bouche,ou d'autres structures faciales ou crâniennes.
12. Affection psychiatrique
13. **Névralgies crâniennes et causes centrales de douleurs faciales**

14. Autres céphalées, névralgies crâniennes, douleurs faciales centrales ou primaires

❖ Stratégie diagnostique

- Interrogatoire +++
- Examen clinique
- Examens complémentaires

1 Interrogatoire

Étape fondamentale d'orientation diagnostique ; il s'attache à préciser :

a- certains antécédents essentiels :

-age du malade.

-traumatisme cervico-cranien précédant la céphalée.

-prise de certains médicaments avant et depuis la survenue de la douleur. Certains médicaments peuvent provoquer des céphalées chroniques aux doses usuelles :dérivés nitrés, dipyridamole, etc …

-contexte psychologique et degré d'insertion socio-Professionnelle.

-antécédents familiaux (migraine).

b-les caractéristiques de la céphalée :

- **son ancienneté**, à chiffrer le plus précisément possible (quelques heures à plusieurs années).

-**son caractère** habituel ou non en cas d'accès récidivants

-**son mode de début** (brutal, par à-coups successifs, lentement progressif).

-**son mode évolutif ultérieur** (stabilité, aggravation, fluctuations dans la journée, survenue par accès).

-**son siège**, en précisant s'il est uni ou bilatéral, ses irradiations.

-**son type** (étau , brûlures , pulsatilité …).

-**son ou ses facteurs déclenchants(**traumatisme crânien ,contrariété) ou aggravants(effort..).

-**sa sévérité** évaluée en particulier sur le retentissement sur la vie quotidienne.

c-<u>Les signes d'accompagnement des céphalées</u> :

-nausées et vomissements.

-cervicalgies.

-fièvre, altération de l'état général.

-ralentissement psychique, troubles de la mémoire ou des autres fonctions cognitives.

-troubles neurologiques focaux (visuels mono ou binoculaires, sensitifs, moteurs).

-douleur oculaire, écoulement nasal.

2 Examen clinique

Certains gestes sont systématiques devant toute céphalée :

- -prise de la tension artérielle.
- -recherche d'une raideur méningée.
- -examen neurologique à la recherche de signes de focalisation.
- -appréciation globale de l'acuité visuelle
- -palpation des artères temporales chez le sujet de plus de 50 ans.
- -prise de la température en cas d'altération de l'état général.
- -réalisation d'un fond d'œil (recherche d'un œdème papillaire) si l'on suspecte une hypertension intracrânienne

3 Hospitalisation et examens complémentaires

Les arguments qui incitent à la réalisation d'investigations complémentaires sont :

- le caractère permanent d'une céphalée et sa tendance à l'aggravation.
- son caractère inhabituel par rapport à des céphalées banales antérieurement perçues.
- Une aggravation rapide et la survenue de signes neurologiques associés (ralentissement idéatoire, signes neurologiques focaux) imposent une hospitalisation pour surveillance et réalisation des investigations en urgence.
- Les examens complémentaires à réaliser: dépendent de l'orientation étiologique

Examens complémentaires

1. Suspicion de céphalées de tension

- Aucune investigation n'est théoriquement requise.
- En pratique : imagerie cérébrale pour éliminer toute arrière pensée de processus tumoral, grande hantise des malades en général.

2. Suspicion de syndrome méningé

- hospitalisation immédiate pour surveillance ;
- scanner cérébral nécessaire pour éliminer une hémorragie méningée.
- ponction lombaire pratiquée si scanner normal ou si suspicion de méningite.

3. Suspicion d'hypertension intracranienne

- imagerie cérébrale pratiquée en urgence (TDM ou IRM).

4. Suspicion de thrombophlébite cérébrale

- IRM cérébrale couplée ou non à l'angio-RM)

5. Suspicion de céphalées de Horton

- Une vitesse de sédimentation (ou CRP) .

6. Suspicion de dissection d'une artère cervicale

- un échodoppler cervical **+/-** imagerie par résonance nucléaire (IRM et angio-RM) .

❖ Principales causes des céphalées

-Quatre questions sont importantes, pour préciser :

- Le début de la céphalée.
- Le mode de début de la céphalée.
- Les antécédents éventuels de céphalée similaire.
- L'évolution de la céphalée depuis sa survenue.

-Selon les réponses, on peut mettre en évidence quatre profils évolutifs :

- La céphalée récente brutale
- La céphalée récente progressive
- La céphalée chronique paroxystique
- La céphalée chronique continue

-Les céphalées récentes sont celles qui doivent être impérativement explorées.

❖ Classification des céphalées selon le mode de début

1-Céphalées aigues :

celles à évoquer en premier lieu aux urgences :

- -hémorragie méningée
- -méningite
- -hypertension intracrânienne aigue
- -première crise de migraine
- Autres :

  -ischémie ou hémorragie cérébrale

  -dissection d'une artère cervicale (cervicalgie associée)

  -poussée d'hypertension artérielle

  -glaucome aigu à angle fermé

  -sinusite aigue

2-Céphalée d'aggravation progressive

- -Hypertension intracrânienne subaiguë (tumeur, abcès , hématome sous dural…)
- -thrombophlébite cérébrale
- -méningite subaiguë
- -maladie de Horton

3-Céphalées chroniques mais pouvant évoluer par accès successifs avec intervalles libres

- -migraine
- -malformation artérioveineuse
- -névralgie d'Arnold
- -céphalées essentielles diverses (céphalées d'effort, de toux, coïtales).

❖ Caractéristiques des céphalées pouvant orienter le diagnostic

A-Céphalées liées à une affection intracrânienne

1-Processus expansif intracranien

- céphalées dans le cadre d'une hypertension intracrânienne
- céphalées à prédominance matinale ou en seconde partie de la nuit, majorées par l'effort et la position en décubitus, résistantes aux antalgiques.

- vomissements, inconstants, pouvant souligner la céphalée de façon temporaire.
- œdème papillaire bilatéral au fond d'œil, inconstant aussi
- éclipses visuelles (trouble transitoire de la vision).

  Le diagnostic de processus intracrânien est facile à poser lorsqu'il existe des signes de focalisation neurologique

2-Malformation artério-veineuse

- Elle doit être suspectée devant des céphalées intermittentes à localisation constante

3-Syndrome méningé :

- Il est d'apparition brutale en cas d'hémorragie méningée ou rapide sur quelques heures en cas de méningite infectieuse (syndrome méningé fébrile).
- Céphalée diffuse et violente, non calmée par les antalgiques usuels.
- Raideur méningée caractéristique (position « en chien de fusil » du patient alité, signes de Kernig et Brudzinski)

4-Accidents vasculaires cérébraux

- La céphalée y est fréquente, aussi bien en cas d'infarctus qu'en cas d'hémorragie intra parenchymateuse.
- En cas de thrombophlébite cérébrale, la céphalée est constante, parfois associée à d'autres signes d'hypertension intracrânienne. Les signes focaux à bascule sont évocateurs, ainsi que le contexte (femme jeune, période du post-partum).

<u>B-Autres céphalées symptomatiques locorégionales</u>

- **Dissection d'une artère carotide ou vertébrale**

  Cervicalgies, signe de Claude Bernard Horner (artère carotide), notion de traumatisme direct ou indirect sur les régions cervicales .
- **Névralgie d'Arnold** (conflit du nerf occipital avec la charnière osseuse) : douleur en éclair, déclenchée par les mouvements du cou,prenant origine de la charnière cervico occipitale et irradiant en hémicrânie jusqu'à la région frontale.
- **Glaucome à angle fermé**

  suspecté en cas de douleur à prédominance périorbitaire, d'œil rouge et trouble visuel unilatéral.

- **Sinusite**
  à évoquer devant une céphalée frontale à majoration positionnelle et par pression des régions sinusiennes .

C-Affections générales

La Maladie de Horton est à envisager chez tout sujet de de plus de 50 ans présentant une céphalée :

- Céphalée à type de lourdeur des régions temporales ; un fond continu avec recrudescences lors du contact de la région temporale ou du cuir chevelu
- Signes locaux associés : artère temporale indurée, douloureuse et non pulsatile
- Autres arguments cliniques : altération de l'état général, tableau de pseudo-polyarthrite rhumatoide(présent dans la moitié des cas),épisodes de cécité monoculaire transitoire(annonciateurs de l'imminence de la redoutable cécité définitive).
- Argument biologique : accélération de la VS et augmentation de la CRP.
  diagnostic de certitude : biopsie de l'artère temporale (artérite giganto-cellulaire) .

D-Céphalées dites essentielles

- **Migraine** :
  -Le caractère intermittent et pulsatile, le siège souvent hémicranien, l'association à des nausées ou vomissements, la photophobie et la phonophobie orientent en général facilement le diagnostic.
  - avoir à l'esprit l'association fréquente chez un même patient de migraines avec des céphalées de tension et /ou des céphalées par abus de médications antalgiques
- **Autres céphalées essentielles**
  -Certaines céphalées à survenue aigue peuvent se voir à l'occasion d'un effort, d'un coït ou d'une toux.
  - nécessité quelquefois d'une imagerie médicale (IRM couplée à une angio-RM le plus souvent, à la recherche d'une tumeur intracranienne ou d'un anévrysme artériel) avant de les qualifiéer de bénignes

❖ Traitements

Céphalées symptomatiques d'une affection évolutive :

- pathologie intracrânienne ,maladie de Horton,sinusite,glaucome, hypertension artérielle ..
- Le traitement est celui de la cause, couplé si besoin à des antalgiques prescrits pour une durée limitée

2-Céphalées essentielles :

- **Crise migraineuse** :

-Repos au calme : lumière tamisée, décubitus.

-En première intention et en l'absence d'autre prise médicamenteuse :

*paracétamol IV

*AINS en IV

*Antiémétiques IV

*Aspirine : à éviter tant que la cause hémorragique n'a pas été éliminée.

-En l'absence d'amélioration ou si prise de ce traitement à domicile :

*Triptan, en respectant les contre indications : traitement par ergot de seigle dans les 24 heures, traitement par IMAO, hypersensibilité à un des composants, pathologies cardiovasculaires ischémiques , hypertension artérielle,grossesse et allaitement

❖ CONCLUSION

- ❖ La prise en charge des céphalées dans le cadre de l'urgence n'est pas chose aisée.
- ❖ Il est fondamental de mener un bon interrogatoire afin de déceler les céphalées secondaires qui nécessitent des examens complémentaires en urgence, le pronostic vital pouvant être mis en jeu.